

必要事項をご記入の上FAXしてください。この提供書は貴院控えとしてください

患者情報連絡票

令和 年 月 日

医療法人社団清永会 本町矢吹クリニック
科 医師 宛

(紹介元)
医療機関名
医師名
電話番号
FAX番号

患者氏名(フリガナ)		性別	生年月日
		男・女	明 大 年 月 日(歳) 昭 平
住 所:		電話番号() -	
医療 保険	保険者番号	公費 負担	公費番号
	記号・番号		受給者番号
	(本人・家族)被保険者名		
受診希望日(第1): 月 日() (第2): 月 日()			
受診希望の項目をチェックして下さい			
<input type="checkbox"/> シェント外来(紹介理由: 閉塞・血流低下・穿刺困難・その他[])			
<input type="checkbox"/> 腎機能精査(腎生検含む) <input type="checkbox"/> 透析療法に関する内容 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 移植外来			
<input type="checkbox"/> 内科(循環器) <input type="checkbox"/> 消化器精査(上部消化管内視鏡、大腸ファイバー、腹部エコー)			
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸外来【 <input type="checkbox"/> 簡易検査 <input type="checkbox"/> 精密検査(<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 治療も含む)】			
<input type="checkbox"/> その他[]			
HD実施日:(月・火・水・木・金・土・日) AM・PM		入院希望	有・無
特記事項			
当院受診歴(有・無) カルテ番号:			
感染症検査(未・済)		造影剤アレルギー (有・無)	
①HB (- + 未) ②HCV (- + 未)		食物、薬物アレルギー (有・無)	
③WaR (- + 未) ④MRSA (- + 未)		上記有の場合の内容 ()	

【FAX番号】023-615-1866 本町矢吹クリニック